

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

NÉVRITES POST-TYPHIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1919

PAR

PASSAVY (Louis)

Né à Clermont-Ferrand, le 5 avril 1878

Médecin aide-major

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, Professeur, *Président*.
DUCAMP, Professeur.
GAUSSEL, Agrégé.
EUZIERE, Agrégé.

} *Assesseurs.*



MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1919

NÉVRITES POST-TYPHIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

NÉVRITES POST-TYPHIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1919

PAR

PASSAVY (Louis)

Né à Clermont-Ferrand, le 5 avril 1878

Médecin aide-major

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, Professeur, *Président*.

{ DUCAMP, Professeur.

{ GAUSSEL, Agrégé.

{ EUZIERE, Agrégé.

} *Assesseurs.*



MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEJENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✱).
Physique médicale	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✱).
Physiologie	HEDON (✱).
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP (✱).
Anatomie	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✱).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✱).
Chimie médicale	DERRIEN.
Microbiologie	N...
Clinique médicale	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O. ✱), a. l. e. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✱, a. l. ch. d. e.
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie	WATON (✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (✱) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, prof., présid.; DUCAMP, prof.; GAUSSEL, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*Faible témoignage de reconnaissance
pour toutes ses bontés pour moi.*

A MA SOEUR

A MON BEAU-FRÈRE
LE DOCTEUR LOURADOUR

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES ONCLES

A MES PARENTS ET AMIS

L. PASSAVY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

L. PASSAVY.

Au moment de terminer nos études médicales et d'accomplir, en soutenant notre thèse, notre dernier acte de scolarité, nous nous sentons pressé de dire à tous nos Maîtres combien nous leur devons de reconnaissance.

Ce ne sera donc pas pour sacrifier à l'usage que nous placerons leurs noms en tête de ce modeste travail; nos sentiments à leur égard, malgré la banalité de la forme, sont trop sincères pour qu'il soit permis d'en douter.

A notre Maître M. le professeur Rauzier nous adressons tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse. Durant notre scolarité nous avons suivi et apprécié son enseignement. Nous n'oublierons pas quelle fut sa bienveillance lorsque, à notre retour des armées, un service sous ses ordres nous fut confié salle Fouquet. Grâce à lui il nous fut permis de reprendre nos études interrompues par la guerre et de les terminer.

Que MM. les professeurs Vallois, Bosc, Sarda, Vedel; que MM. les professeurs agrégés Galavielle et Gausssel reçoivent l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils ont eue pour nous durant notre scolarité.

Au cours de ces derniers mois, nous avons eu la bonne fortune d'écouter l'enseignement si expressif et si

instructif de M. le professeur Ducamp. Qu'il nous permette de le remercier pour les nombreuses marques de sympathie qu'il nous a témoignées.

C'est à M. le professeur agrégé Euzière que nous devons le sujet de notre thèse ; c'est lui qui a dirigé nos travaux et facilité notre tâche. Aussi, avant d'entreprendre notre étude, qu'il nous soit permis de l'assurer de notre plus profonde gratitude.

Nous adressons encore nos affectueux remerciements à MM. les docteurs Aimes et Madon, chefs de clinique, pour les conseils qu'ils voulurent bien nous donner et qui nous ont été d'un réel profit.

Nous ne saurions oublier nos excellents camarades durant la Grande Guerre, les docteurs Magnet, P. Blanchet et Louis Fabre (de Lyon), Gérardin et Roux (de Grenoble). Enfin, il nous reste à rappeler le souvenir de ceux trop nombreux, hélas ! que nous connûmes avant la guerre et qui ont donné leur vie à la Patrie.

NÉVRITES POST-TYPHIQUES

CHAPITRE PREMIER

LE SYSTÈME NERVEUX DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE :

La fièvre typhoïde intéresse toujours le système nerveux ou plus souvent il s'agit simplement de symptômes d'intoxication générale traduisant l'imprégnation toxique des centres nerveux. Parfois, les centres nerveux prennent une telle importance qu'ils méritent le nom de complications.

Dans ce travail consacré aux névrites typhoïdiques, nous croyons bon de rappeler tout d'abord les signes banaux ou exceptionnels qui, dans le cours de la fièvre typhoïde, peuvent révéler l'atteinte du système nerveux.

L'état typhoïdique lui-même, qui a donné son nom à la maladie, est dû à une atteinte du système nerveux central. On sait que la prostration, l'affaissement général, la perte de forces, le tymphos, en un mot, est un des

symptômes les plus constants de la fièvre typhoïde. Son intensité est, du reste, très variable. Certains malades sont simplement abattus, d'autres sont plongés dans une véritable stupeur avec hébétude absolue, mobilité des traits, apparence de l'abrutissement.

L'insomnie est encore un symptôme essentiel du début de cette affection.

Dans les fièvres typhoïdes graves, on peut encore faire remonter à l'intoxication du système nerveux les tremblements et tressaillements musculaires, les soubresauts des tendons dont on connaît le fâcheux pronostic. Dans le même ordre d'idées, nous pouvons rappeler la carphologie bien connue des anciens cliniciens.

Les délires souvent violents, le plus souvent assez calmes, vont du délire de rêve simple, sans agitation, aux crises de manie aiguë qui mènent quelquefois les typhoïsants dans les asiles d'aliénés. On connaît la fréquence des troubles méningés au cours de la dothiènement et particulièrement chez les enfants. Ils sont assez accusés dans certains cas pour faire penser à l'existence d'une méningite tuberculeuse ; ils s'accompagnent parfois de modifications nettes du liquide céphalo-rachidien avec réaction lymphocytaire et méritent alors le nom de méningite. D'autres fois ils coexistent avec une intégrité absolue du système méningé, ce qui permet d'admettre l'existence d'un méningisme typhoïdique.

Parmi les troubles plus exceptionnels, il faut signaler les crises épileptiformes dues parfois à une lésion des centres nerveux ou de leurs enveloppes, parfois symptomatiques d'une insuffisance rénale que Maire étudie dans sa thèse, en 1903.

L'atteinte du système nerveux se manifeste encore par des troubles de la sensibilité allant de la simple céphalée

infectieuse du début jusqu'aux hyperesthésies plus ou moins étendues, qui sont parfois poussées à un tel point que le moindre contact arrache des cris au malade. Il nous faut encore signaler les contractures et spasmes qui souvent appartiennent aux syndromes méningés dont nous avons parlé tout à l'heure, mais qui peuvent relever de pathogénie plus complexe.

Enfin, et ceci nous mène au cœur même de notre sujet, la fièvre typhoïde peut entraîner des paralysies plus ou moins étendues.

Ces paralysies peuvent se diviser en trois groupes.

Premier Groupe

Il peut arriver qu'à la faveur de l'infection typhique se réveille une hystérie jusqu'alors ignorée, et l'on sait quelle est la richesse des phénomènes paralytiques dans la symptomatologie de cette névrose.

Deuxième Groupe

Le système nerveux central peut être intéressé. Quelquefois, assez rarement du reste, la lésion siège au niveau du cerveau et détermine une hémiplegie associée ou non à l'aphasie. Ces hémiplegies organiques de la fièvre typhoïde sont exceptionnelles. Dans ces dernières années elles ont été étudiées par Barié et Lian, Euzière

et Cestan, et récemment elles ont fait l'objet de la thèse de Daudé.

La myélite typhique est plus fréquente : elle se présente tantôt sous la forme de myélite systématisée, tantôt sous celle de myélite diffuse. Dans quelques cas elle donne lieu à un syndrome de sclérose en plaques ou encore à celui de paralysie ascendante de Landry. Delon, dans sa thèse récente (Montpellier, 1916), en a donné une bonne revue générale.

Troisième Groupe

Plus souvent enfin les paralysies post-typhiques relèvent d'une atteinte du système nerveux périphérique. C'est cette dernière catégorie de faits que nous nous proposons d'étudier.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE DES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES POST-TYPHIQUES

Les névrites périphériques consécutives à la fièvre typhoïde ont surtout été étudiées par Pitres et Vailard. Leur mémoire, qui date de 1885, est encore, à l'heure actuelle, le plus complet et celui auquel doivent se reporter tous ceux qu'intéresse la question.

Depuis lors, diverses observations ont été publiées, qui ont été réunies dans les thèses de Grémaux et de Beugnon. Ces névrites périphériques peuvent revêtir plusieurs formes. Dans certains cas, la névrite est surtout une névrite sensitive et c'est l'hyperesthésie qui en est le symptôme prédominant. Tels sont les cas qui ont été rapportés par Renon et Tixier, par Paisseau et Tixier. Ces cas de névrite sensitive sont assez rares et toujours d'un bon pronostic. Nous n'insisterons pas davantage sur eux.

Dans l'immense majorité des cas, les *troubles mo-*

teurs dominant la scène clinique et les polynévrites qui leur donnent naissance peuvent revêtir deux formes principales.

Assez souvent elles sont multiples et intéressent à la fois plusieurs membres. Il semble que, dans ces cas-là, ce soient les membres inférieurs qui sont le plus souvent frappés. Nous en rapportons ci-après trois observations typiques qui sont empruntées à MM. Rauzier et Roger, et Roger et J. Baumel.

OBSERVATION I

(Rauzier et Roger)

Polynévrite post-typhique.

P..., Marie-Antoinette, institutrice, âgée de 23 ans, n'ayant rien dans ses antécédents, présente vers le 5 décembre 1910, peu de temps après son mariage et une dizaine de jours après son arrivée à Paris, un état infectieux caractérisé par de la fièvre, de la courbature générale, de l'insomnie, de l'anorexie et une diarrhée légère. Le 11 décembre, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on porte le diagnostic de fièvre typhoïde; on institue la balnéothérapie. La malade ignore le résultat de l'examen du sang.

La température rectale évolue entre 39° et 40° avec état général peu inquiétant. Vers le vingtième jour, on applique une vessie de glace sur la région abdominale à

la suite d'une légère hémorragie intestinale de courte durée.

En janvier 1911, la fièvre qui était en défervescence s'élève de nouveau, la malade ayant absorbé des œufs à l'insu du médecin traitant. Cette nouvelle poussée thermique est accompagnée d'une pneumonie de la base gauche sans bacilles de Koch.

La persistance de la fièvre et l'origine méridionale de la malade font penser à une fièvre de Malte. Les examens du laboratoire permettent d'éliminer ce diagnostic.

Vers le 55^e jour, la malade est en apyrexie et commence à être alimentée. Mais il se produit alors un œdème du pied, puis de la jambe gauche. Il est douloureux. Le diagnostic de phlébite est porté et la malade est immobilisée une trentaine de jours.

Au début de mars on lui permet de se lever : la malade ne peut se tenir, ses jambes se dérobent. L'asthénie qui accompagne toute convalescence d'infection un peu longue ne saurait être mise en cause. L'impotence persiste, aussi marquée au membre inférieur droit qu'au membre inférieur gauche, siège de la phlébite. Des douleurs vives se font sentir dans les membres inférieurs sous forme d'élancements brusques, déterminant la flexion du genou ; elles durent une quinzaine de jours, sans accompagnement de gonflement articulaire. Dès qu'elles sont calmées, la malade revient, le 24 mars, de Paris à Montpellier ; elle a dû être portée pendant presque tout le temps du voyage. Sur les conseils de M. le professeur Rauzier, cette jeune femme entre, le 6 avril 1911, à l'hôpital Suburbain, salle Espéronnier.

Il s'agit d'une fièvre typhoïde, et d'une fièvre typhoïde

assez grave, tant par sa durée (près de deux mois) que par les complications précitées.

A son entrée dans le service, les troubles consistent en *impotence des membres inférieurs*, accompagnée de quelques douleurs et fourmillements. Sphincters normaux, rien de particulier aux membres supérieurs, quelques phénomènes douloureux dans les membres inférieurs, pas de céphalée, pas de troubles des organes des sens.

En découvrant la malade, on est frappé par l'atrophie des deux membres inférieurs, prédominant aux mollets, et par la position des deux pieds, en équinisme.

La malade soulève assez bien chacun des deux membres inférieurs; si un membre est secoué, le pied présente le type du pied ballant du polichinelle; les orteils présentent aussi ce ballottement.

Les mouvements de flexion et d'extension du genou et de la hanche, d'abduction et d'adduction de la cuisse, sont conservés; ils sont exécutés avec une certaine force mais qui est au-dessous de la normale. Par contre, les mouvements du pied sont complètement abolis: la malade ne peut relever son pied vers sa jambe, et, lorsqu'elle essaie, on ne perçoit aucune contraction dans ses muscles extenseurs.

Il est difficile de se rendre compte si l'extension est aussi atteinte; dès qu'on a mis le pied en flexion, il tend par son seul poids à prendre sa position d'équinisme; toutefois, si l'on s'oppose légèrement à ce mouvement, on sent un léger effort exercé par les muscles.

La stabilisation est normale et la mobilité des membres supérieurs est intacte.

L'examen électrique montre une diminution très

marquée des excitabilités galvanique et faradique, avec dégénérescence aux membres inférieurs.

La sensibilité objective des deux membres inférieurs à la douleur, au contact, au chaud, au froid est conservée.

Il y a peu de douleur si les masses musculaires du mollet sont profondément pressées. Les signes de Lasègue et de Kernig sont négatifs. Il n'y a pas de douleur localisée le long des trajets nerveux.

Les réflexes rotuliens sont conservés et même un peu vifs ; les réflexes achilléens sont abolis des deux côtés.

L'excitation de la plante du pied ne produit pas de réflexe plantaire. Les réflexes supérieurs sont normaux.

La face, les yeux ne présentent rien de particulier. Les autres appareils (respiratoire, circulatoire, uro-génital, digestif), fonctionnent normalement. Il n'y a que de la tachycardie (110), tachycardie qui ne s'accompagne pas de goitre, d'exophtalmie, ni de tremblement.

OBSERVATION II

(Roger et J. Baumes.)

Polynévrite post-typhique.

R. M..., âgée de 37 ans, modiste, entre le 14 janvier 1912, salle Espéronnier, dans le service de M. le professeur Rauzier.

Elle accuse de la douleur, de la faiblesse dans ses membres inférieurs consécutifs à une fièvre typhoïde qu'elle a eue, en février 1911. Incomplètement guérie de cette affection, elle fut obligée de garder le lit pendant cinq mois, ne pouvant remuer ses jambes, puis ce furent de violentes douleurs dans les membres inférieurs durant les six mois qui suivirent.

A son entrée, elle ne peut soulever ses jambes au-dessus du plan du lit; quelques mouvements latéraux.

A l'interrogatoire, la malade accuse un peu de parésie, de faiblesse, dit-elle, des membres supérieurs qui ne sont pas douloureux. A un moment donné, le sens musculaire semble avoir été atteint, puisque la malade perdait ses bas dans son lit et était incapable de se rendre compte où ils étaient.

Les douleurs perçues n'étaient pas de siège articulaire, sauf une arthralgie nette siégeant au niveau des genoux, mais qui a complètement disparu depuis.

Aucun phénomène douloureux ni moteur du côté de la face. Vue normale. Sphincters respectés. La mémoire est conservée intacte, le psychisme n'est pas touché. Rien au cœur, aux poumons, urines normales.

Cependant, la malade, dont l'appareil génital fonctionnait très régulièrement avant sa fièvre typhoïde, accuse une absence totale de règles depuis le début de cette affection.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires; deux enfants nourris chacun jusqu'à 20 mois; pas de fausses couches; l'infection éberthienne fut contractée en soignant une de ses fillettes atteinte de cette maladie.

Le 16 janvier 1912, à l'examen, on constate que la malade se tient couchée en chien de fusil. Les deux

jambes sont en demi-flexion ; les pieds sont ballants, en varus équin.

Comme motilité spontanée, l'extension complète des membres inférieurs sur le plan sous-jacent formé par le lit est impossible, surtout à gauche, mais il n'y a pas de contracture, il s'agit probablement de rétractions dues à l'attitude en chien de fusil prolongée de la malade. Des mouvements volontaires des pieds peuvent se produire, mais les orteils sont immobiles. Fait important, certains mouvements, également légers, peuvent se produire dans le genou et permettre une certaine flexion de la jambe sur la cuisse, mais tous ces mouvements se produisent sans la moindre force.

Sil'on essaie de faire mouvoir les abducteurs, certains mouvements myocloniques apparaissent dans la cuisse gauche.

Du côté des membres supérieurs, tous les mouvements sont possibles, mais sans la moindre gêne dans leur exécution (manœuvre d'opposition du pouce et du médius, extension du poignet). La parésie est surtout forte à droite, elle est moindre au niveau du coude et de l'épaule où la force est même presque intacte.

Quelques mouvements anormaux des doigts sont à signaler.

On ne découvre pas de paralysie du côté de la face ; on constate cependant l'immobilité des traits. La sensibilité subjective est normale, la malade sent bien quand on la touche légèrement avec la pulpe du doigt.

Du côté des membres inférieurs, il semble y avoir une légère hyperesthésie à la piqure ; la sensibilité au froid et au chaud est normale.

Il en est de même du côté de la face, des membres supérieurs ainsi que du tronc.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, les réflexes plantaires sont absents des deux côtés.

Diminution des réflexes tendineux du côté des membres supérieurs.

Les membres supérieurs et inférieurs présentent une atrophie marquée, mais on ne trouve aucun trouble trophique sur les doigts, les mains ou les orteils.

L'examen des yeux, du cœur et des poumons ne révèle rien.

Le 16 janvier, on pratique l'examen électrique complet. Il est difficilement supporté et on constate une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique portant sur tous les muscles des membres inférieurs. M. le professeur Rauzier prescrit des courants continus, des frictions alcoolisées sur les membres inférieurs et une médication tonique ; administration de noix vomique.

On sait que les règles de la malade avaient disparu au moment où la fièvre typhoïde s'était installée. Sous l'influence de ce traitement, le 26 janvier, la malade voit ses règles revenir, ce retour est intéressant à signaler.

Le 5 février, on note une légère amélioration dans la motilité volontaire ; les membres inférieurs peuvent être légèrement soulevés au-dessus du plan du lit ; l'extension se fait plus complètement.

Dans les jours qui suivent, la motilité s'accroît. La malade remue ses jambes, les soulève un peu plus au-dessus du plan du lit et agite ses orteils.

Elle a beaucoup plus de force dans la production de ses mouvements.

Même amélioration du côté des membres supérieurs. La force est plus grande, l'habileté s'est accrue dans les petits mouvements. La malade se plaint d'un prurit assez

intense sur tout le corps ; on observe, en effet, de nombreuses traces de grattage.

L'état général est bon. En somme, la malade est en voie de guérison.

La ponction lombaire, pratiquée le 25 février, a montré que le liquide céphalo-rachidien était clair, incolore et limpide.

Une analyse d'urine n'a rien révélé d'anormal ou pathologique.

OBSERVATION III

(Rauzier et Roger.)

Polynévrite post-typhique.

B... D., domestique, 25 ans, entre à la salle Espéronnier, le 1^{er} octobre 1918, pour un état infectieux datant de quatre à cinq jours : température en plateau aux environs de 40°; pouls oscillant entre 100 et 120, état saburral des voies digestives, gargouillements dans la fosse iliaque droite, tufos.

Le diagnostic de fièvre typhoïde porté à l'entrée est confirmé par l'apparition d'une éruption de taches rosées vers le huitième jour, la séro-réaction de Widal positive (séro de Wright négatif). C'est une forme à évolution sévère avec adynamie marquée, carphologie, tremblement, délire, raideur généralisée. Température tendue jusqu'au 22^e jour aux environs de 40°, pouls rapide, 120 à 130, langue sèche, ventre ballonné. On refroi-

dit progressivement les bains à 26°, donnés toutes les quatre heures avec affusions froides sur la nuque; des injections d'huile camphrée, d'électrargol, une potion au musc sont administrés pendant toute cette période.

Au 19^e jour et au 23^e surviennent deux hémorragies intestinales. A la même époque, les deux oreilles, douloureuses, se mettent à suppurer.

La défervescence s'annonce vers le 22^e jour, est à peu près complète le 30^e jour. Un léger mouvement sub-fébrile provoqué par la suppuration auriculaire et la formation d'escarres fessières persiste encore une vingtaine de jours.

Ces accidents disparaissent lentement : l'ouïe, qui avait été complètement abolie, revient peu à peu vers la normale. La malade commence à se lever plus de deux mois après le début, vers le 12 décembre. Peu après, elle ressent des douleurs dans ses membres inférieurs et accuse de la gêne de la marche.

Elle est examinée le 20 décembre. Elle fait quelques pas, soutenue sous les bras par deux aides; elle sent ses jambes fléchir sous elle; elle n'est cependant pas tombée.

Au lit, elle soulève bien les membres inférieurs; la flexion et l'extension du pied sont normales, mais la force de flexion et d'adduction de la cuisse est diminuée.

Fonctionnement normal des sphincters.

Tant au repos que pendant la marche, la malade éprouve des douleurs, peu vives, au niveau de la partie antérieure des membres inférieurs. La pression de la jambe au niveau du tibia et celle des masses musculaires du mollet et de la cuisse sont douloureuses. La piqûre est bien perçue. Pas de douleur lombaire ni en ceinture.

Les réflexes rotuliens sont normaux. Pas de réflexe plantaire, pas d'atrophie musculaire.

Du côté des membres supérieurs, il n'y a aucun trouble moteur ni sensitif.

En présence de cette douleur et de cette diminution de force des membres inférieurs que n'expliquent ni lésion articulaire, ni lésion osseuse, on peut penser à un degré très atténué de polynévrite.

Peu à peu tous ces troubles rétrocedent ; toutefois, lorsque le 15 janvier la malade part en convalescence, elle éprouve encore quelques douleurs au niveau du mollet et elle n'a pas récupéré toute sa force musculaire.

Dans d'autres cas, la polynévrite est plus franchement localisée et les manifestations pathologiques ne se constatent que dans le domaine d'*un seul nerf périphérique*.

Les nerfs le plus fréquemment atteints sont le *cubital* et le *sciatique poplité externe*.

Dans quelques observations, cette localisation est à proprement parler plutôt une prédominance, et pendant un certain temps on peut constater des phénomènes polynévritiques dans un autre territoire que celui qui sera le plus longtemps et le plus profondément atteint.

Nous en donnons ci-après deux observations absolument caractéristiques.

OBSERVATION IV

(Cestan, Euzière, Descomps et Sauvage)

I. L... Urbain, 30 ans, cultivateur, n'ayant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels, est parti le 11 août 1914 avec les hommes de sa classe, sans avoir été vacciné contre la fièvre typhoïde.

Le 24 décembre de la même année, il était au bois des Chevaliers. Se sentant mal depuis quelques jours, il dut être évacué ; il fut dirigé sur l'hôpital de Bar-le-Duc et y fit une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Il devint apyrétique le 26 janvier, quelques jours après se leva, mais presque aussitôt sa jambe gauche lui parut plus faible ; il avait de la peine à la traîner ; en même temps elle enfla et devint douloureuse ; il dut s'aliter à nouveau et souffrit beaucoup, particulièrement au niveau de la crête tibiale. Son état s'améliora cependant assez vite, il se leva et huit jours après, le 2 mars, il marchait à peu près normalement et fut évacué sur l'hôpital des convalescents de Revel.

Le voyage fut pénible et dura 48 heures ; le malade recommença à souffrir de sa jambe gauche qui de nouveau enfla.

Arrivé à Revel, il dut s'aliter et garder le lit pendant une quinzaine de jours ; quand il se levait il éprouvait beaucoup de peine à marcher, le pied était tombant et les orteils fléchis. Peu à peu ces phénomènes s'amendèrent et il revint à son dépôt.

Après plusieurs hospitalisations coupées de séjours

dans son dépôt, il entra le 17 mars 1916 dans le service de neurologie de la 17^e région. Il y avait à ce moment quinze mois qu'il avait eu sa fièvre typhoïde.

A cette date L... marchait sans canne, boitant légèrement avec une ébauche de steppage du côté gauche. Il n'y avait pas d'œdème de la jambe. Les mouvements de la hanche et du genou étaient normaux d'amplitude et de force, les mouvements du pied même se faisaient normalement, seul le relèvement en était paresseux, sans énergie et ne pouvait être longtemps maintenu. Le relèvement du gros orteil était impossible. La tonicité musculaire était conservée, mais la jambe était le siège d'une amyotrophie légère et à 13 centim. au-dessous de la pointe de la rotule il existait entre les deux mollets une différence de 3 centim. ; le blessé éprouvait quelques douleurs continues dans la jambe, s'exacerbant certains jours ou après une fatigue.

Objectivement on constatait une zone d'hyperesthésie à la face dorsale du gros orteil. Le pied gauche était légèrement cyanosé, un peu plus froid que le droit, et le siège du hyperhydrose plus marquée. Le réflexe du pédieux était supprimé. Le réflexe achilléen gauche existait mais était plus faible et s'épuisait vite. Les réactions électriques montraient une inexcitabilité faradique des muscles innervés par le sciatique poplité externe et une hypoexcitabilité galvanique avec tendance à l'inversion pour l'extenseur propre du gros orteil.

L'état de L.... s'est progressivement amélioré. Sa marche est aujourd'hui presque normale, la cyanose a disparu, les muscles sont redevenus excitables au courant faradique, mais le relèvement du gros orteil est toujours impossible.

OBSERVATION V

(Cestan, Euzière, Descomps et Sauvage)

V... François, âgé de 27 ans, garçon de café, a eu, en 1910, une angine diphthérique qui a guéri sans complications ; vers 19 ans, il a commencé à présenter des varices du membre inférieur droit. En 1911, pendant son service militaire, elles devinrent si volumineuses et si gênantes qu'une intervention chirurgicale fut jugée nécessaire. Elle fut pratiquée à l'hôpital mixte de Limoges et consista en ligature de la saphène au niveau du triangle de Scarpa et en extirpation d'un volumineux paquet siégeant à la face interne de la jambe. Les cicatrices opératoires sont parfaitement visibles et normalement constituées. Le résultat de l'opération fut favorable et V... put reprendre son service d'abord, son métier ensuite.

Le 5 août 1914, cet homme partit sur le front avec son régiment et fit campagne jusqu'au 17 mars 1915, faisant son service normalement et sans avoir à se faire porter malade. Au mois de novembre 1914, il avait reçu deux piqûres de vaccin antityphique.

Vers le milieu de mars 1915, il se sentit mal à l'aise, souffrit assez violemment de la tête et, le 17 du même mois, il fut évacué et envoyé à l'hôpital n° 9, à Niort, où il resta jusqu'au 8 avril pour une fièvre typhoïde légère ; pendant 12 jours, sa température resta élevée, sans cependant dépasser 39°8 ; il fut ensuite dirigé sur un dépôt de convalescents et y resta six semaines. Il présenta à ce moment-là divers accidents : les mouvements

des bras devinrent pénibles, plus lents, moins précis, moins énergiques que d'habitude ; son pied gauche enfla légèrement et il éprouva du côté de la jambe quelques sensations anormales, il marchait difficilement et traînait le pied. Après un séjour de trois mois à son dépôt, il fut finalement envoyé à Figeac où l'on constata une paralysie des extenseurs du pied droit. Enfin, le 19 novembre 1915, il entra dans le service de neurologie.

A cette date, les troubles moteurs des membres supérieurs avaient complètement disparu, il ne subsistait plus qu'une légère diminution de la force du côté droit : à l'échelle de pression dynamométrique, la main droite n'atteignait que 30°, alors que le côté gauche atteignait 36°. Au niveau du membre inférieur droit, les troubles moteurs étaient, au contraire, considérables : le relèvement du pied et l'extension des orteils étaient totalement impossibles ; le pied était tombant, et la démarche du malade se faisait remarquer par un steppage caractéristique. Il existait de l'hypoesthésie dans le territoire du sciatique poplité externe. D'autre part, on remarquait quelques troubles vaso-moteurs et un léger degré d'amyotrophie. L'examen électrique révélait une hypoexcitabilité faradique et galvanique du sciatique poplité externe et des muscles de son territoire. Le réflexe achilléen droit existait, mais s'épuisait vite ; le réflexe du pédieux était supprimé. Sous l'influence du traitement physiothérapique, l'état de V... s'est progressivement amélioré et aujourd'hui la marche est à peu près normale.

Il arrive cependant qu'un *seul nerf* paraît intéressé :

OBSERVATION VI

(Cestan, Euzière, Descomps et Sauvage)

D..., 36 ans, papetier, a fait, en 1911, une chute sur le coude droit qui a nécessité près d'un mois d'interruption de travail ; un médecin consulté ne lui prescrivit que des bains chauds. Cette thérapeutique réussit parfaitement et l'accident ne laissa après lui qu'une très légère limitation des mouvements de flexion du coude. D... avait complètement oublié cette histoire quand la guerre éclata. Il partit avec son régiment sans avoir été vacciné contre la fièvre typhoïde et fit campagne jusqu'au 2 février 1915, sans éprouver du côté de son bras droit, ni par ailleurs, aucune espèce de gêne. A cette date, il fut évacué sur l'hôpital de Bar-le-Duc ; il commença à ressentir de la faiblesse de son avant-bras droit, puis, peu après, son impotence augmenta et il arriva un moment où il ne put plus tenir dans sa main un verre ou une assiette un peu lourds sans s'exposer à les laisser choir. En dehors de quelques sensations paresthésiques dans les deux derniers doigts de la main droite et de quelques douleurs au niveau de la gouttière épitrochléo-olécraniennne, il ne présenta aucun trouble de la sensibilité subjective. En même temps, apparaissait un amaigrissement de sa main qui, progressivement, devint très considérable. Le 19 octobre 1915, il entra dans le service de neurologie de la 17^e région.

A cette date, les mouvements du coude étaient légèrement limités, l'extension n'arrivait pas tout à fait à l'hori-

zontale et la flexion ne dépassait pas 110°. Cette limitation des mouvements était, au dire du malade, un peu plus grande qu'avant sa fièvre typhoïde. La pronation et la supination étaient complètes, cependant ce dernier mouvement provoquait dans le domaine du cubital des sensations pénibles de fourmillements. Les mouvements du poignet étaient normaux.

A la main, au repos, les doigts étaient maintenus légèrement fléchis, cette flexion étant plus marquée pour l'auriculaire. Les mouvements du pouce étaient normaux. L'extension de l'index, du médius et de l'annulaire était légèrement limitée pour les deuxième et troisième phalanges. Dans le degré le plus étendu de l'extension active, la deuxième phalange faisait avec la première un angle de 125° ouvert en avant. L'extension de la deuxième phalange de l'auriculaire était encore plus limitée et avait été poussée au delà de l'angle droit. L'extension de la troisième phalange de ce doigt était abolie. La flexion était presque normale, mais se faisait sans force. A l'échelle de pression dynamométrique la main droite donne 15°, alors que la gauche marque 25°. Les mouvements de latéralité des doigts étaient supprimés. Quand la main était étendue, l'auriculaire se tenait éloigné des autres doigts.

Il n'y avait pas de troubles vaso-moteurs au niveau de la main, mais l'adducteur du pouce et les muscles interosseux et de l'éminence hypothénar étaient considérablement atrophiés.

Il y avait une hyperesthésie marquée dans le domaine du cubital.

L'examen des réactions électriques montrait une hypoeccitabilité faradique des muscles du territoire du cubital à la main avec R. D. totale ainsi qu'une hypo-

excitabilité pour le court abducteur du pouce, le 1^{er} et le 2^{me} lombri-caux et l'opposant.

L'inspection et la palpation du coude ne révélai-ent rien d'anormal, mais la moindre pression sur le trajet du cubital était douloureuse.

La radiographie du coude ne révèle l'existence d'aucun signe de fracture mais permet de distinguer des proliférations osseuses peu compactes sur le bec de l'olécrâne et celui de la coronoïde.

La genèse de ces productions est difficile à expliquer. On ne peut l'attribuer à une ostéo-périostite éberthienne puisque le malade après sa fièvre typhoïde n'a constaté ni gonflement, ni rougeur, ni douleur. Il paraît même logique de la faire remonter au traumatisme ancien.

Il est important de constater que ni la palpation, ni l'examen radiographique ne permettent de soupçonner aucun travail de compression au niveau du nerf. La chronologie des accidents a fait admettre aux auteurs que les phénomènes névritiques étaient dus en l'espèce à la connivence de deux facteurs : *traumatisme* et *infection*, le traumatisme ayant créé au niveau du coude une prédisposition à la faveur de laquelle s'est développée la névrite cubitale de nature éberthienne.

On voit par les observations que nous venons de rapporter que les polynévrites de la fièvre typhoïde n'ont pas de symptomatologie particulière. Elles apparaissent parfois au cours de la fièvre typhoïde, le plus souvent au début de la convalescence. Il ne semble pas qu'il y ait relation entre la gravité de la maladie causale et

l'apparition de cette complication. Trousseau la considérait comme plus fréquente dans les formes graves. Mais on peut très bien la voir apparaître aussi dans les formes légères. Le pronostic en est relativement bénin, car presque toujours elles aboutissent à la guérison. Leur durée est le plus souvent assez grande et il n'est pas rare de les voir persister pendant plusieurs mois.

Le **diagnostic** des polynévrites post-typhiques est relativement facile. Il est surtout aisé lorsque la polynévrite est localisée. Il est quelquefois un peu plus délicat quand les polynévrites plus étendues réalisent un syndrome de paraplégie, par exemple. On pourrait hésiter dans ces cas-là entre deux autres hypothèses : *accidents névrosiques* ou *myélite*.

Dans le 1^{er} cas, la constatation de l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, les modifications de la contractilité électrique, permettront d'éviter l'erreur.

Dans le 2^e cas, il faudra se rappeler que la myélite typhique est caractérisée par son début brusque, par ses troubles sphinctériens, par des atrophies musculaires précoces et intenses, très souvent enfin par les escarres et la mort.

Le diagnostic sera pour ainsi dire impossible à faire lorsque la myélite et la polynévrite coexisteront, réalisant ce que Grasset a appelé la *neuronite*, ce que Raymond et Brissaud désignent sous le nom de *cellulo-névrite*.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Au point de vue anatomo-pathologique, la question des polynévrites éberthiennes est encore à l'heure actuelle au même point où l'avaient laissée Pitres et Vaillard. Ces auteurs ont démontré que le système nerveux périphérique des sujets qui meurent au cours d'une fièvre typhoïde est très souvent le siège d'altérations graves ou diffuses de névrite parenchymateuse.

Le problème pathogénique est des plus complexes. Il faut établir d'abord que c'est bien le bacille d'Eberth qui est le facteur de la polynévrite, soit qu'il agisse directement, soit par l'intermédiaire des toxines qui en sont issues. Il convient de rappeler ici les discussions souvent répétées qui attribuent les manifestations polynévritiques post-infectieuses non pas à l'agent infectieux lui-même, mais à des agents thérapeutiques employés pour le combattre. On sait, par exemple, que les poly-

névrites diphtériques ont été attribuées au sérum de Roux; que quelques auteurs, dont l'opinion paraît paradoxale, ont accusé le mercure d'entraîner les radiculites du tabes. Ces opinions ont été combattues et semblent aujourd'hui abandonnées. Mais, dans certains cas cependant, il est admis que certaines névrites sont d'origine nettement médicamenteuse. C'est ainsi que pour Babinski bien des névrites puerpérales seraient dues, en réalité, aux excès que font les malades pour lutter contre les malaises du début de la grossesse.

Dans le cas particulier de la fièvre typhoïde, une pareille théorie est difficile à soutenir, la méthode thérapeutique employée avec le plus de fréquence étant la balnéothérapie, qui est la médication antitoxique par excellence et qu'en tous cas on ne peut accuser d'introduire des poisons dans l'organisme. Ce qui est plus délicat, c'est de savoir si c'est le bacille d'Eberth qui est responsable des polynévrites, ou tout autre micro-organisme, d'infection secondaire. Pratiquement, ce problème est de solution difficile, mais nous pouvons affirmer que le bacille d'Eberth est capable de déterminer des lésions nerveuses. On sait bien aujourd'hui que ce bacille s'introduit dans le sang et que par conséquent il peut aller coloniser au niveau de tous les organes. Cette notion a été rendue classique par la pratique de l'hémoculture. Des auteurs comme Ausset et Bourgogne ont retrouvé le bacille d'Eberth dans le nerf facial d'un typhique; mais il est probable que dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, le bacille typhique agit par l'intermédiaire de ses toxines.

Vincent a expérimentalement réalisé des lésions névritiques en injectant de la toxine typhique au voisinage du sciatique. Ce que nous venons de dire nous permet

d'affirmer que le bacille d'Eberth ou ses toxines arrivent au niveau des nerfs par le torrent circulatoire.

Par cela, la pathogénie des névrites typhiques se distingue de celle des névrites diphtériques, tétaniques ou rabiques, d'une part, et des névrites par propagation dont la névrite érysipélateuse est le type.

Nous ne dirons rien de ces dernières, leur désignation élucidant suffisamment leur mécanisme. Pour les premières, nous rappellerons les expériences de Morax et de A. Marie. Ces auteurs ont démontré que l'absorption des toxines tétaniques et diphtériques se fait non pas par la voie sanguine, mais par l'extrémité des cylindres axes des nerfs périphériques. Cette voie d'absorption explique qu'il faille, au point de vue pathologique, placer dans un groupe à part les névrites de la diphtérie qui sont très fréquentes et celles du tétanos qui sont plus exceptionnelles.

Dans les trois dernières observations que nous venons de rapporter, qui sont relatives à des cas polynévritiques nettement généralisés, il est intéressant de voir le rôle très important que joue dans la localisation la prédisposition personnelle. Dans un cas, l'atteinte du sciatique poplité externe s'explique par une phlébite antérieure; dans un autre, par une opération pour varices; dans le troisième cas, la lésion du cubital paraît relever en partie d'un traumatisme du coude déjà ancien. Ce rôle de la prédisposition est très important. Il a été mis en lumière par Raymond pour les polynévrites en général. Il paraît avec une netteté remarquable dans l'observation suivante due à Chantemesse.

OBSERVATION VII

(Chantemesse)

X..., garçon épicier, âgé de 26 ans, domicilié à Paris, est atteint de migraine dès l'enfance, tous les membres de sa famille en sont frappés. A seize ans, il a présenté une crise de migraine violente, limitée à la région oculaire droite, accompagnée d'une véritable paralysie du moteur oculaire commun avec chute de la paupière et déviation de l'œil à droite. En même temps se développait une véritable parésie du bras du même côté, c'est-à-dire à droite, avec légers fourmillements; la parésie et les fourmillements atteignirent le membre inférieur droit, d'une manière assez marquée pour gêner la marche. Cela se dissipa peu à peu et le malade put faire son service militaire et même devenir pointeur dans l'artillerie.

Pendant son service militaire, la migraine ne se montra que deux fois, mais il eut un zona thoracique à droite. Ses photographies de cette époque le montrent avec une très légère déviation de l'œil droit.

La fièvre typhoïde qu'il a eue récemment commença par des phénomènes oculaires droits, si douloureux qu'on crut à l'existence d'un zona ophtalmique avant l'éruption. Puis la fièvre vint et le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté à l'hôpital.

Dès les premiers jours, se développèrent les signes de paralysie du moteur oculaire commun dans la région

orbitaire droite où il accusait des douleurs intolérables. La chute de la paupière devint complète.

Une ponction lombaire provoqua une atténuation très marquée des phénomènes douloureux. Le liquide céphalo-rachidien était en état d'hypertension. Il était limpide, sans albumine ; l'examen histologique montra l'absence de tout élément cellulaire.

D'ailleurs, les symptômes (absence de scotome central, de scintillements, etc.) n'étaient pas ceux de la migraine ophtalmique.

On constata que le malade, guéri de sa fièvre typhoïde, avait la paralysie du moteur oculaire commun diminuée peu à peu. Pour marcher, il devait encore fermer l'œil atteint. Cependant, il n'existait dans les deux membres du côté droit, ni faiblesse, ni troubles de la sensibilité, mais seulement, en ce qui concerne le membre inférieur, une sensibilité de réaction, en ce sens qu'on pouvait facilement réveiller, par l'extension du pied, un peu de trépidation spinale.

Le malade fut rapidement guéri de sa dothiéntérie par des injections de vaccin antityphoïdique.

Ce rôle de la prédisposition est quelquefois tellement important qu'il semble l'emporter sur celui de l'infection même. Dans l'observation suivante le problème est particulièrement complexe. La névrite du sciatique poplitée externe ne paraît pas relever de la dothiéntérie, mais plutôt des exostoses que celle-ci avait entraînées au niveau de la tête du péroné.

OBSERVATION VIII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Euzière.)

D... Charles, 22 ans, soldat de la classe 1914, aurait été vacciné incomplètement contre la fièvre typhoïde (une seule injection en décembre 1915).

Au mois d'octobre 1916, il fit une fièvre typhoïde de moyenne gravité qui le maintint à l'hôpital de Bar-le-Duc jusqu'au 10 décembre. Le diagnostic aurait été vérifié par hémoculture.

Il est envoyé en convalescence et arrive chez lui après avoir fait 4 kilomètres à pied. Il se plaint alors de gêne dans la jambe, le genou gauche est douloureux.

En février il revient à son corps; il présente à ce moment-là tous les signes classiques d'une paralysie du sciatique poplité externe gauche.

Examiné par le chirurgien de secteur, celui-ci découvre deux exostoses : une au niveau de la tête du péroné, l'autre au niveau du plateau tibial.

L'ablation de ces exostoses est pratiquée opératoirement. Les suites opératoires sont normales. Une paralysie du sciatique poplité externe, après avoir paru s'aggraver, s'est progressivement améliorée et a définitivement guéri.

CHAPITRE IV

THÉRAPEUTIQUE

Le pronostic bénin des névrites éberthiennes peut être encore amélioré par l'intervention thérapeutique. Il ne peut s'agir, en la circonstance, de traitement causal, la névrite typhique faisant son apparition alors que la dothiéntérie est à son déclin, sinon déjà guérie. On se bornera donc à poursuivre au point de vue thérapeutique deux indications : l'une purement symptomatique variera avec chaque cas particulier, l'autre visera à la restauration fonctionnelle et anatomique du nerf lésé.

Le traitement symptomatique s'adressera surtout au facteur *douleur* quand il existera. On prescrira avec le plus de modération possible les analgésiques internes. On insistera davantage sur le repos absolu qui ne sera cependant obtenu du malade que lorsque la polynévrite sera assez généralisée pour empêcher toute occupation. Afin d'éviter les inconvénients d'un décubitus trop prolongé, on pourra, dans les formes graves, avoir

recours au matelas d'eau. Dans les formes plus légères, faible compression des membres douloureux et enveloppement ouaté. On pourra aussi conseiller les fomentations chaudes, l'application *loco dolenti* de sachets de sable chaud et d'air chaud. Exceptionnellement, on pourra faire usage d'injections hypodermiques d'air stérilisé. Enfin on pourra faciliter la régénération anatomique et fonctionnelle des nerfs en surveillant la nourriture du malade : aliments riches en phosphore ; on prescrira les glycéro-phosphates et hypophosphites ; on pourra user des injections de strychnine.

La restauration fonctionnelle sera obtenue surtout par la mécanothérapie. Il faudra autant que possible que le malade exécute des mouvements actifs. On prescrira le massage et les mouvements passifs. L'électrothérapie prudente, faite de façon à ne jamais fatiguer le muscle, est également indiquée et pourra donner de bons résultats.

CONCLUSIONS

I. — La fièvre typhoïde peut se compliquer de polynévrites.

II. — Ces polynévrites sont presque exclusivement motrices et sont tantôt généralisées, tantôt localisées au territoire d'un seul nerf.

III. — Le pronostic de ces polynévrites est le plus souvent bénin, il semble qu'on doive les imputer aux toxines éberthiennes.

Leur apparition ne paraît pas être en rapport avec l'intensité de la maladie mais être surtout déterminée par l'existence d'un facteur personnel (*cause prédisposante*).

IV. — Leur diagnostic est relativement facile et leur traitement se confond avec celui de toutes les polynévrites.

BIBLIOGRAPHIE

Nous nous bornons à rapporter ici les principaux travaux utilisés dans notre thèse. On trouvera dans chacun d'eux des index donnant la bibliographie complète de la question.

AFFICHARD. — Polynévrites éberthiennes. Étude clinique (Thèse de Montpellier, 1911-1912, n° 2).

BEUGNON. — Des hyperesthésies douloureuses de la fièvre typhoïde chez l'adulte et chez l'enfant (Thèse de Paris, 1909-1910, n° 55).

CESTAN, DESCOMPS, EUZIÈRE et SAUVAGE. — Quelques cas de paralysie périphérique à la suite de la fièvre typhoïde (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1918).

CHANTEMESSE. — Note sur un cas de paralysie du moteur oculaire commun au cours de la fièvre typhoïde (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1913, p. 11).

DAUDÉ. — L'hémiplégie typhique (Thèse de Montpellier, 1919, n° 39).

DELON. — Les myélites d'origine éberthienne (Thèse de Montpellier, 1916, n° 11).

GRÉMAUX. — Des hyperesthésies douloureuses des extrémités dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Thèse de Paris, 1906-1907, n° 123).

LAIGNEL-LAVASTINE et GOUGEROT. — Névrites infectieuses typhoïdiques, dysentériques, tétaniques (Société de Neurologie, décembre 1915).

NOBÉCOURT et PEYRE. — Complications observées au cours des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 24 février 1916).

PITRES et VAILLARD. — Contribution à l'étude des névrites périphériques survenant dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde (Revue de médecine, 1885).

RAUZIER et ROGER. — Polynévrites post-typhiques (Société des sciences médicales, *in* Montpellier médical, t. XXXIII, p. 38, 9 juillet 1911).

ROGER et J. BAUMEL. — Polynévrite post-typhique (Société des sciences de Montpellier, 1^{er} mars 1912).

VINCENT. — Névrite périphérique expérimentale produite par la toxine typhique (Société de biologie, 3 mars 1900).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 18 juillet 1919.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 18 juillet 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
